



HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE PREECLAMPSIE-ECLAMPSIE-HELLP SYNDROME

Références:

- Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de Prééclampsie ; recommandations formalisées d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN.
- HAS-Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement
- RPC RCIU CNGOF 2013

I.	Rappel sur le diagnostic de l'hypertension artérielle	2
II.	Définitions	2
III.	Prise en charge d'une HTA gravidique isolée ou pure	4
IV.	Prise en charge d'une prééclampsie modérée sans signes de gravité fœtale	5
V.	Prise en charge d'une prééclampsie sévère	6
1.	<i>Situations d'urgence majeure imposant une extraction immédiate sur place</i>	6
2.	<i>Surveillance</i>	6
3.	<i>Corticothérapie immédiate si âge gestationnel \leq 34 semaines</i>	6
4.	<i>Traitement hypotenseur IV à la seringue électrique</i>	6
5.	<i>Remplissage vasculaire, RAREMENT</i>	7
6.	<i>Sulfate de Magnésium</i>	7
7.	<i>HELLP syndrome</i>	8
8.	<i>Organisation de la naissance</i>	8
9.	<i>Prise en charge du post-partum</i>	9
VI.	Prise en charge d'une éclampsie	9
VIII.	Traitement médicamenteux indiqué pendant grossesse	10
	Annexe – Types de maternité et impact en termes d'orientation	11

I. Rappel sur le diagnostic de l'hypertension artérielle

La pression artérielle doit être mesurée :

- au repos,
- au bras (les tensiomètres de poignet sont moins fiables),
- avec un brassard adapté à la morphologie de la femme, placé à hauteur du cœur.

Que la femme soit enceinte ou non, l'hypertension artérielle (HTA) est définie par la constatation, à plusieurs reprises,

- d'une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg
- et/ou d'une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg.

Deux pièges diagnostiques :

- L'HTA de la blouse blanche, liée au stress de l'examen : l'HTA est présente au cabinet médical, mais toujours absente en dehors du cabinet médical. Cette situation n'est pas une authentique HTA et ne justifie aucun traitement.
- L'HTA masquée : la pression artérielle est normale au cabinet médical mais s'élève par intermittence en dehors du cabinet médical (HTA labile).

Dans les cas douteux, deux méthodes permettent de corriger le diagnostic :

- L'automesure tensionnelle (AMT). Prendre trois mesures le matin au petit déjeuner et trois mesures le soir au coucher, trois jours de suite. Le professionnel de santé doit au préalable faire une démonstration d'AMT.
- La mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA).

II. Définitions

HTA gravidique (HTAG) :

PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg
Survenant après 20 semaines, le plus souvent au 3^e trimestre
Et disparaissant après la naissance
Une HTA constatée avant 20 semaines est une HTA chronique

HTAG isolée ou pure :

HTAG sans protéinurie significative (< 0.30 g/24h)
Une HTAG isolée peut évoluer secondairement vers une prééclampsie.
Incidence : 5 à 10% des grossesses.

Prééclampsie (PE) :

HTAG associée à une protéinurie significative (> 0.30 g/24h)
La PE doit être définie comme étant modérée ou sévère.
Incidence :

- 1 à 3% des primipares
- 0.5 à 1.5% des multipares

Prééclampsie sévère :

Présence d'au moins un des critères suivants
Critères cliniques : PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg
Céphalées persistantes
Phosphènes ou acouphènes
Douleurs épigastriques en barre
Oligurie < 500 mL/24heures
Critères biologiques : Protéinurie des 24 heures ≥ 5 g
ASAT > 3 fois la normale
Thrombopénie < 100 Giga/L
LDH > 600 UI/L
Créatinine > 135 μ mol/L

Prééclampsie modérée :

Absence de tous les critères cliniques et biologiques définissant une PE sévère. Une PE modérée évolue dans 20% des cas vers une PE sévère.

HELLP syndrome :

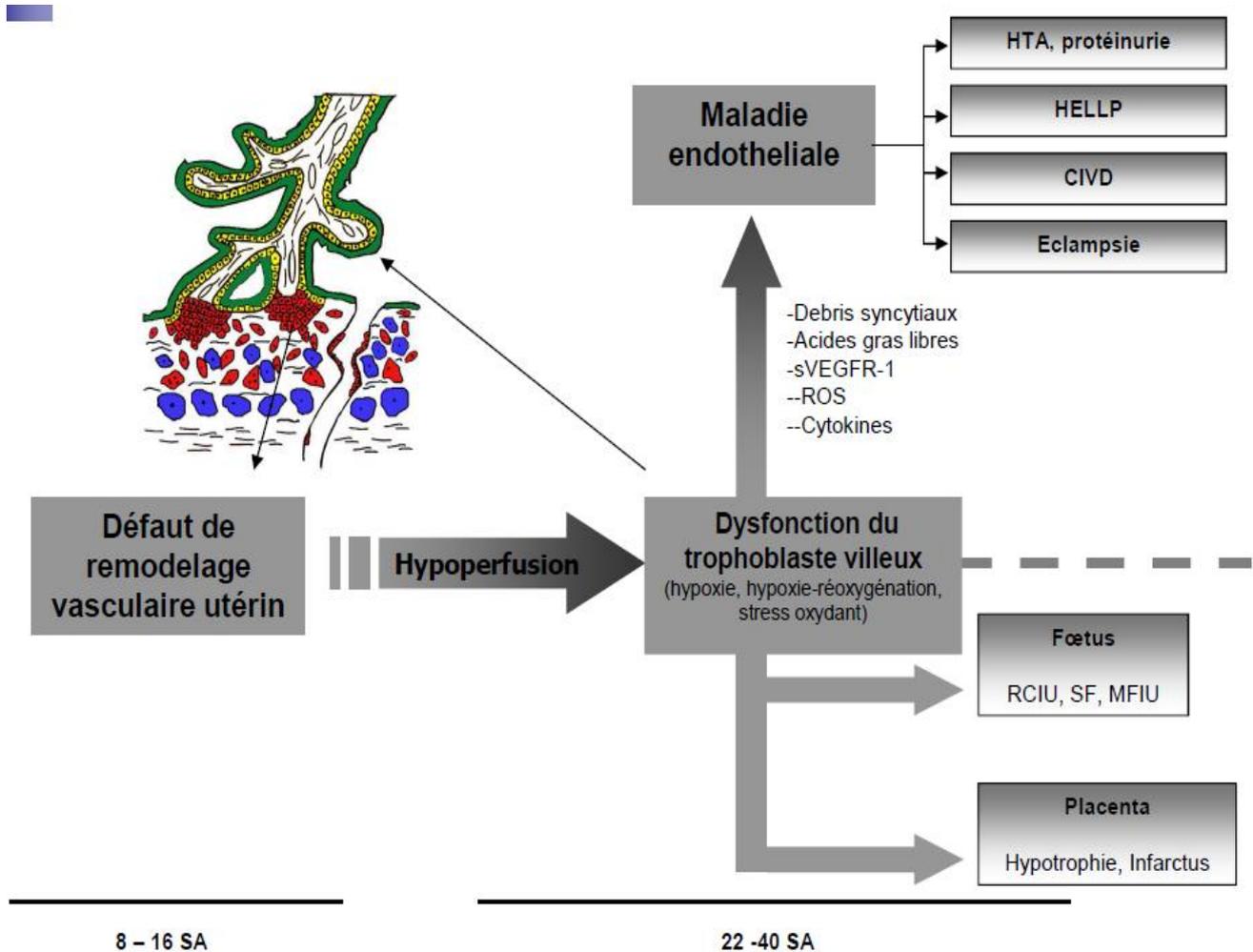
Association d'une hémolyse (haptoglobine \downarrow , hémoglobine \downarrow), d'une cytolyse hépatique (ASAT \uparrow) et d'une thrombopénie (plaquettes < 100 Giga/L)

NB : dans le document il faut lire **SA** pour le terme utilisé **semaines**

Physiopathologie

L'HTA gravidique est la conséquence d'une anomalie de la seconde invasion trophoblastique (entre 8 et 16 semaines) empêchant un développement optimal de la circulation utéroplacentaire, ce qui conduit à un certain degré d'hypoperfusion et d'hypoxie placentaire.

Dans ce contexte, l'HTA n'est pas seulement le symptôme d'une maladie, mais aussi un moyen d'assurer la perfusion sanguine d'un territoire où les résistances vasculaires sont élevées. Conséquence : un traitement antihypertenseur trop énergique diminue la perfusion utéroplacentaire et peut altérer le bien être fœtal.



Vassilis Tsatsaris
 Maternité Port Royal
 Inserm U767 PremUP Foundation

III. Prise en charge d'une HTA gravidique isolée ou pure

- Objectifs :**
- De la surveillance :
 - Dépister un retard de croissance intra-utérin (RCIU)
 - Dépister une évolution vers une prééclampsie
 - Du traitement médical antihypertenseur :
 - L'objectif est de maintenir la TA en dessous de 160/110mmHg et non de normaliser les chiffres.
 - Un traitement trop énergique diminue la perfusion utéroplacentaire et peut aggraver un RCIU.
 - **Des chiffres compris entre 140/90 et 155/105mmHg (cas le plus fréquent) ne nécessitent pas de traitement +++ (RPC 2013).**



Prise en charge initiale, le plus souvent en ambulatoire (sage-femme, médecin généraliste ou GO) Collaboration ville-établissement	
Bilan	<ul style="list-style-type: none"> - Maternel : TA, protéinurie des 24heures, biologie sanguine. - Fœtal : échographie fœtale avec Doppler utérin. - Si la femme est suivie par un médecin généraliste ou une sage-femme, une suspicion de RCIU justifie un avis spécialisé.
Traitement antihypertenseur	<ul style="list-style-type: none"> - TA < 160/110mmHg (cas habituel) : l'intérêt d'un traitement antihypertenseur n'est pas démontré. La tendance actuelle est de ne pas en prescrire. - PAS ≥ 160mmHg ou PAD ≥ 110mmHg : traitement antihypertenseur per os en monothérapie. - Principaux antihypertenseurs utilisables : alpha-méthyl-dopa (ALDOMET*), LABETALOL (TRANDATE*), nifédipine (ADALATE*)
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les 8 à 10 jours. - Essentiellement clinique : prise de TA (recherche céphalées, Acouphènes, phosphènes, œdèmes, prise poids brutale) - Avec protéinurie sur échantillon (contrôle sur 24heures si > 0.30g/L). - La surveillance échographique et du RCF ne sont pas obligatoires, seront prescrits au cas par cas

Au début du 9 ^e mois, discuter un déclenchement artificiel du travail	
Légitime si :	<ul style="list-style-type: none"> - PAS ≥ 160mmHg ou PAD ≥ 110mmHg - RCIU franc - Doppler utérin pathologique (risque d'accident aigu)
HTA modérée, stable, sans RCIU ni anomalie Doppler	<ul style="list-style-type: none"> - L'intérêt d'un déclenchement du travail n'est pas démontré. - Tenir compte des conditions obstétricales. Si elles sont défavorables, la poursuite de la surveillance est probablement la meilleure option.

IV. Prise en charge d'une prééclampsie modérée sans signes de gravité foétale

Objectifs : De la surveillance :

- Dépister un RCIU, une altération du bien être foetal.
- Dépister une évolution vers une prééclampsie sévère.

Du traitement médical antihypertenseur :

- L'objectif est de maintenir la TA en dessous de 160/110mmHg et non de normaliser les chiffres.
- Des chiffres compris entre 140/90 et 155/105mmHg ne nécessitent pas de traitement (RPC 2013).

Bilan en milieu hospitalier	
AGE GESTATIONNEL \geq 37 SEMAINES Déclenchement du travail ou césarienne selon les conditions obstétricales.	AGE GESTATIONNEL $<$ 37 SEMAINES <ul style="list-style-type: none"> - Bilan maternel et foetal - Corticothérapie prénatale si âge \leq 34 semaines. - Traitement antihypertenseur si PAS \geq 160mmHg ou PAD \geq 110mmHg, discutable dans les autres cas - Surveillance de quelques jours en milieu hospitalier



Après quelques jours de surveillance	
Prééclampsie légère et stable <ul style="list-style-type: none"> - TA $<$ 160/110mmHg - Protéinurie $<$ 1g/L - Aucun symptôme maternel - Transaminases, plaquettes, LDH, créatinine : valeurs normales 	Discuter un retour à domicile sous conditions strictes <ul style="list-style-type: none"> - Femme comprenant les symptômes d'alerte. - Surveillance par Sage-femme à domicile tous les 2 jours avec RCF - Biologie 3 fois/semaine A partir de 37 semaines : discuter un déclenchement artificiel du travail ou césarienne selon les conditions obstétricales.
Autres cas	Poursuite de l'hospitalisation jusqu'à la naissance.

NB : un DAT $<$ 37 SA peut être discuté au cas par cas en fonction du contexte clinique et des conditions obstétricales

V. Prise en charge d'une prééclampsie sévère

1. Situations d'urgence majeure imposant une extraction immédiate sur place

Urgences maternelles

- Accident aigu : éclampsie, OAP, HRP.
- HTA majeure (> 20/12cmHg), instable, non contrôlable par le traitement médical.
- Signes fonctionnels intenses et persistants faisant craindre l'imminence d'une crise d'éclampsie : douleur épigastrique en barre, céphalées et troubles visuels intenses.

Urgences fœtales

- Altérations sévères du RCF chez un fœtus présumé viable (âge > 24 semaines et poids fœtal estimé > 500g)

En l'absence d'urgence majeure, transfert vers une maternité de niveau II ou III selon l'âge gestationnel et le contexte clinique.

2. Surveillance

- Mesure de la TA toutes les 15 à 30 minutes au début, puis toutes les 4 heures après stabilisation.
- Surveillance de la diurèse, voire avec sonde vésicale à demeure.
- Surveillance poids et ROT
- Biologie toutes les 8 à 24 heures : NFS (hématocrite > 40% = hémococoncentration), plaquettes, schizocytes circulants, haptoglobine, hémostase (TP, TCA, fibrinogène), ionogramme, créatinine (signes de gravité si > 135 micromoles/L), ASAT, ALAT, bilirubine, uricémie, protéinurie des 24 heures.
- Si HELLP syndrome : échographie hépatique pour recherche d'un hématome sous-capsulaire.
- Surveillance fœtale : RCF, échographie, Doppler.

3. Corticothérapie immédiate si âge gestationnel ≤ 34 semaines

4. Traitement hypotenseur IV à la seringue électrique

Objectifs : stabiliser la tension artérielle ++

PAS entre 140 et 160mmHg
PAD entre 90 et 110mmHg
PAM entre 100 et 120mmHg

Antihypertenseurs utilisables :

NICARDIPINE (LOXEN*) : une ampoule = 10mL contenant 10mg
LABETALOL (TRANDATE*) : une ampoule = 10mL contenant 100mg
Si contre-indication aux bêtabloquants :
CLONIDINE (CATAPRESSAN*) : une ampoule = 1mL = 150 µg

Débuter par une monothérapie : NICARDIPINE ou LABETALOL			
PAS ≥ 180 ou PAM ≥ 140		PAS < 180 ou PAM < 140	
Traitement d'attaque : NICARDIPINE - En bolus IV : 0.5 à 1mg - Puis perfuser 4 à 7mg en 30 minutes		NICARDIPINE : 1 à 6mg/h Ou LABETALOL: 5 à 20mg/h	
Apprécier l'efficacité et la tolérance après 30 minutes			
PAS < 140 ou PAM < 100	140 ≤ PAS < 160 ou 100 ≤ PAS < 120	PAS ≥ 160 ou PAM ≥ 160	Effets secondaires (céphalées, palpitations)
Diminuer ou arrêter le traitement	Poursuivre le traitement NICARDIPINE : 1 à 6 mg/h ou LABETALOL : 5 à 20 mg/h	Passage en bithérapie	1. Réduire posologie NICARDIPINE 2. Associer LABETALOL
Réévaluation après 30 minutes puis toutes les heures			

5. Remplissage vasculaire, RAREMENT

PRUDENCE +++ : risque vital par OAP (surtout en post partum) ou par aggravation d'un œdème cérébral.

Indications : Chute brutale de la TA lors de l'introduction du traitement antihypertenseur IV
Hypovolémie patente : hémococoncentration avec Hb > 14g/dL ou Ht > 40%
Oligurie avec débit urinaire < 100mL par 4h (surveiller créatinine et kaliémie)

Modalités : Cristalloïdes : 500 à 750mL en 35 à 40 minutes

Surveillance : TA, FC, SpO₂, reprise de la diurèse

6. Sulfate de Magnésium

Présentation : ampoules de 10 mL dosées à 0.15g/mL

Administration et surveillance **IMPERATIVE en salle de travail ou en unité de surveillance continue.**

	Traitement à visée maternelle	Traitement à visée fœtale
Objectif	Effet anticonvulsivant = prévention de la crise d'éclampsie	Effet neuroprotecteur, en complément de la corticothérapie prénatale
Indications	Apparition de signes neurologiques dans une PE sévère : <ul style="list-style-type: none">– Céphalées persistantes– ROT polycinétiques– Troubles visuels	Toute décision d'extraction jusqu'à 32 semaines
Posologie	Bolus de 4g dans 250 mL de sérum physiologique, à passer en 20 minutes. Puis 1g/h, soit 6,6mL/h, pendant 48h	

Contre-indications :

- Insuffisance rénale sévère
- Maladies neuromusculaires

Surveillance :

- Pression artérielle
- Réflexes
- Conscience
- Fréquence respiratoire > 12/minute
- Diurèse > 30mL/heure

Signes de surdosage :

- Inhibition des réflexes rotuliens
- Impression de chaleur
- Somnolence, troubles du langage
- Difficultés respiratoires
- Au maximum, arrêt cardiorespiratoire

CAT devant des signes de surdosage :

- Arrêt du sulfate de magnésium
- Mesure de la magnésémie
- Réhydratation, diurèse forcée
- Injection IV de 1g de gluconate de calcium
- Hémodialyse si insuffisance rénale

7. HELLP syndrome

Définition	<u>Hémolyse</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de schizocytes - Bilirubine > 12mg/dl - LDH > 600 UI/L - Haptoglobine effondrée
	<u>Cytolyse hépatique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - ASAT > 70UI/L - ALAT > 24UI/L
	<u>Thrombopénie</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaquettes < 100 Giga/l

Le HELLP syndrome est un critère de gravité de la prééclampsie et est habituellement associé à d'autres signes de gravité qui imposent l'extraction fœtale à très court terme. Une expectative (le temps nécessaire à l'action de la corticothérapie) n'est possible et légitime que devant un HELLP syndrome modéré (transaminases < 3 fois la normale et plaquettes > 50 Giga/L), sans autres signes de gravité immédiate, survenant avant 34 semaines.

Trois situations selon l'âge gestationnel et la gravité du tableau clinique	
Age gestationnel ≥ 32 semaines	Césarienne (le plus souvent) ou déclenchement artificiel du travail selon la gravité du tableau clinique et les conditions obstétricales. Corticothérapie si possible
Age gestationnel < 32 semaines et : - HELLP sévère (transaminases > 3 fois la normale ou plaquettes < 50 Giga/L) - Ou autres signes de gravité à court terme : <ul style="list-style-type: none"> o HTA sévère et instable sous traitement o Signes fonctionnels francs et persistants o Oligurie, insuffisance rénale o Altérations sévères du RCF 	Césarienne immédiate
Age gestationnel < 32 semaines - HELLP modéré (transaminases < 3 fois la normale et plaquettes > 50 Giga/L) - Sans autres signes de gravité à court terme :	Corticothérapie immédiate Expectative sous surveillance étroite Réévaluations à H12 et H24 <ul style="list-style-type: none"> - Aggravation → césarienne - Stabilité → poursuite de l'expectative jusqu'à un maximum de 48 heures, puis césarienne.

8. Organisation de la naissance

8.1. Avant 24 semaines ou si poids fœtal estimé < 500g : discuter une interruption médicale de grossesse

La décision sera prise conjointement par l'**obstétricien**, le **néonatalogue**, l'**anesthésiste réanimateur**, et – en l'absence d'urgence majeure – **les parents**. Schématiquement :

- Les chances de survie néonatales sont quasiment nulles, tandis que la prolongation de la grossesse engage le pronostic vital maternel.
- Césarienne uniquement pour sauvetage maternel.

8.2. A partir de 34 semaines : faire naître l'enfant rapidement

- Il n'y a pas de bénéfice néonatal à temporiser dans ce contexte.
- Déclenchement du travail si conditions locales favorables et si l'état maternel le permet, césarienne dans les autres cas.

8.3. Entre 23+5 et 34 semaines : corticothérapie immédiate, essayer de temporiser 48 heures si l'état maternel et fœtal le permet (cf recommandations sur les prématurissimes)

8.3.1. Les critères maternels justifiant une extraction fœtale rapide quelque soit l'âge gestationnel sont assez bien définis

- HTA non contrôlée et instable sous traitement antihypertenseur.
- Signes fonctionnels persistants faisant craindre l'imminence d'une crise d'éclampsie : céphalées, troubles visuels, douleur épigastrique persistante.
- HELLP syndrome évolutif
- Thrombopénie sévère < 50 Giga/L
- Insuffisance rénale évolutive malgré un remplissage vasculaire adapté.
- Accident aigu : éclampsie, OAP, HRP, hématome sous capsulaire du foie.

8.3.2. Les critères fœtaux justifiant une extraction fœtale rapide sont moins bien définis

Les éléments suivants incitent clairement à une extraction rapide :

- Quelque soit l'âge gestationnel :
 - o Décélération répétées du RCF
- A partir de 32 semaines :
 - o RCIU sévère
 - o Reverse flow au Doppler ombilical
 - o VCT < 3ms contrôlée

Avant 30 semaines, l'interprétation du RCF est plus difficile car les critères bien connus de normalité concernent le fœtus à terme. Chez le grand prématuré, le RCF est physiologiquement plus rapide et moins oscillant. D'autre part, une VCT < 3ms et une onde a nulle ou négative au Doppler du canal d'Arantius sont des éléments péjoratifs mais ne permettent pas de dater précisément dans le temps le risque d'hypoxie fœtale (voir les RCP de 2012 sur le RCIU).

9. Prise en charge du post-partum

30% des crises d'éclampsie surviennent dans le post-partum +++

Maintenir une stricte surveillance clinique (HTA, poids, diurèse, ROT) et biologique pendant 48 heures.
Puis :

- Bilan biologique régulier jusqu'à normalisation.
- Surveillance de la pression artérielle 2 fois par semaine pendant deux à trois semaines.
- La persistance d'une HTA et/ou d'une protéinurie après trois semaines impose un avis spécialisé.

Bilan de thrombophilie au moins 3 mois après l'accouchement si :

- Antécédents thrombo-emboliques personnels ou familiaux
- Prééclampsie < 34 semaines
- RCIU sévère ayant entraîné une naissance avant 34 semaines
- Hématome rétroplacentaire
- Mort fœtale in utero

VI. Prise en charge d'une éclampsie

PE avec survenue de convulsions (crise tonico-clonique) et/ou troubles de conscience non rapportés à problème neurologique antérieur.

La prévention consiste en l'administration de sulfate de Magnésium.

Le traitement médical est prioritaire :

- Assurer la ventilation et l'oxygénation
- Anticonvulsivants
- Sulfate de magnésium pour éviter les récurrences
- Antihypertenseurs

Traitement obstétrical selon l'âge gestationnel :

- Age gestationnel > 32 semaines. Césarienne dès que l'état maternel est stabilisé. **L'état du nouveau-né est plus altéré si la césarienne est faite avant stabilisation de l'état maternel.**
- Age gestationnel < 24 semaines. Césarienne uniquement en cas de danger maternel imminent ou de récurrence des crises.
- Entre 24 et 32 semaines. Décision **au cas par cas** en fonction de l'état maternel et fœtal.

VII. Critères d'arrêt de la grossesse

CRITERES FOETAUX

- ANOMALIES sévères ou répétées du RCF
- ANOMALIES VELOCIMETRIQUES sévères et évolutives
- ABSENCE de CROISSANCE FOETALE depuis 15 jours
- OLIGOAMNIOS Sévère

CRITERES MATERNELS

- HTA INCONTROLEE
- ECLAMPSIE
- THROMBOPENIE EVOLUTIVE
- COAGULOPATHIE
- HELLP SYNDROME
- INSUFFISANCE RENALE AIGUE
- CEPHALEES SEVERES PERSISTANTES
- TROUBLES VISUELS
- OEDEME PULMONAIRE

VIII. Traitement médicamenteux indiqué pendant grossesse

L'objectif est d'éviter des chiffres de PA >160/110 mmHg et des à-coups hypertensifs mais sans jamais descendre en dessous de 140/90 mmHg

Antihypertenseurs :

Methyldopa (aldomet®)

- En 1^{ère} intention, en ambulatoire
- Effets indésirables : vigilance, sommeil, fatigue.
- 3 à 6 Cp /j

Inhibiteurs calciques (Nifédipine=Adalate ; nifédipine=Adalate)

- Entraînent vasodilatation artérielle et veineuse, une baisse de la PA et une augmentation du débit cardiaque.
- Effets indésirables : bouffées de chaleur, céphalées, vertiges, nausées, tachycardie
- Loxen 20mg : pers os
- Loxen 50 mg LP : pers os
- Loxen 10 mg IV

(Rappel : nifédipine=Adalate AMM par voie veineuse pour femme enceinte et hors AMM par voie orale bien que largement utilisé)

Bétabloquants (Labétalol= Trandate)

- Vasodilatation périphérique et bradycardie
- Effets indésirables : bronchospasme chez asthmatiques, bradycardie et hypoglycémies néonatales
- Voie orale : 200mg-100mg
- IV : ampoule 100 mg

Anticonvulsivants :

Sulfate de Magnésium

2 propriétés :

- Diminution du risque de PE en prévention primaire et IIaire après éclampsie
- Neuroprotecteur si extraction avant 32 SA sur indication maternelle ou foetal (Cf Protocole sulfate Mg p7)

Antiagrégant plaquettaire :

A prescrire en cas d'antécédent de PEE sévère avec une extraction < 34 SA et/ou RCIU sévère avec PN <5^{ème} P.

Dès la conception et jusqu'à 36-37 SA.

- Aspégic 100 mg 1 sachet le soir.

Annexe – Types de maternité et impact en termes d'orientation

Référence : HAS-Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement

Rappel sur la définition des différents types de maternités

Trois types de maternités sont définis en fonction du niveau de soins néonataux, à partir des normes concernant les locaux et les personnels, décrits dans les décrets d'octobre 1998. Dans ces décrets¹⁹, on ne trouve pas la définition précise des différents types I, II A, II B, III des maternités tels qu'ils sont utilisés par les professionnels de santé des réseaux de périnatalité.

À ce jour, la distinction entre les différents types de maternités ne porte que sur les moyens d'hospitalisation pédiatrique et n'intègre pas le risque maternel. Elle ne tient pas compte de la disponibilité éventuelle dans l'établissement d'autres secteurs de soins pouvant avoir une importance dans la prise en charge de certaines complications de la grossesse et de l'accouchement tels que les services de réanimation, de soins intensifs et de soins continus pour adultes, les services de spécialités pour adultes, des plateaux particuliers

► Les maternités de type I

Elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes, D'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs, *mais pas toujours sur place en continue pour les médecins*

Elles assurent la prise en charge permanente :

- de la grossesse avec le dépistage des facteurs de risque ;
- de l'accouchement et des actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ;
- du suivi des nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement.

L'article D 712-88 leur donne la possibilité de prendre en charge, auprès de leur mère, les nouveau-nés atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie.

CH Langres, Clinique de Champagne(Troyes), GHAM Romilly, GCS Epernay,

► Les maternités de type II

Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I.

Elles disposent également d'une unité de néonatalogie qui peut accueillir des enfants nés dans l'établissement ou dans un autre établissement, et où sont assurés la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

Elles peuvent, dans des conditions précises, disposer d'un secteur de « soins intensifs néonataux » leur permettant notamment d'assurer, si nécessaire, une ventilation artificielle pendant quelques heures. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans L'établissement. Les maternités de type II A assurent des soins de néonatalogie. Les maternités de type II B assurent des soins néonataux et intensifs. Cependant l'usage montre que cette typologie peut varier selon les réseaux et en conséquence faire varier ces définitions de type II A et II B.

Concernant les mères ces établissements disposent en général d'une unité de surveillance continue, de soins intensifs ou de réanimation.

IIA : CH Chaumont, Polyclinique Courlancy, Polyclinique Saint-André, CH Châlons-en-Champagne, CH Sedan IIB : CH Charleville-Mézières, CH Saint-Dizier
--

► Les maternités de type III

Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I et les maternités de type II. Elles disposent d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement.

III : CHU Reims, CH Troyes

✓ Grossesses normales sans antécédent ni facteur de risque

MT, Gynéco Méd, Sages-Femmes Gynéco Obst

Surveillance habituelle (ATCD, Symptômes évocateurs, PA, BU, Protéinurie, Poids, Taille, HU)

✓ Grossesse avec facteurs prédisposant de prééclampsie

Si ATCD, risque de récurrence x 7,2/ population à risque faible

Avis précoce de spécialiste avec bilan biologique et fœtal, orientation si signes cliniques

Si déroulement normal, lieu d'accouchement selon le choix du couple. Choix du lieu de naissance selon âge gestationnel, critères de gravité maternels et/ou fœtaux

✓ Forme sévère PE

Hospitalisation dans centre de type 3 avec réanimation maternelle